

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Rachel NAU

Née le 18/11/1987 à Chambray-Lès-Tours (37)

**QUELLE EST L'INFLUENCE PERCUE DU MEUBLE BUREAU SUR LA
COMMUNICATION ET LA RELATION MEDECIN-PATIENT ?**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Mars 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Bertrand DE TOFFOL, Neurologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Stéphane VELUT, Neurochirurgie ; Anatomie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Frédéric PATAT, Biophysique et médecine nucléaire, Faculté de Médecine – Tours

Professeur David BAKHOS, ORL, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX, MCU, Médecine Générale – Tours

Quelle est l'influence perçue du meuble bureau sur la communication et la relation médecin-patient ?

RESUME :

Contexte : Des soins de qualité reposent sur une relation médecin-patient (RMP) de qualité, qui demande une bonne communication. La gestion de l'espace de consultation est un mode de communication.

Objectif principal : Explorer les représentations des patients sur l'influence de la présence ou non, des dimensions, de la disposition du bureau, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste (MG).

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de patients de MG d'Indre-et-Loire. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.

Résultats : L'absence de bureau était perçue de façon catégorique par les patients, soit de manière très négative avec détérioration de la communication médecin-patient (CMP), soit au contraire, de manière positive avec une amélioration de la CMP et de la RMP. Les dimensions du bureau influençaient la CMP, de façon certaine en négatif si trop profond, trop haut ou trop imposant, ou bien, possiblement en mieux si plus petit, moins profond. Néanmoins, une distance minimale nécessaire était souhaitée entre médecin et patient. La disposition du bureau dans le cabinet n'influçait ni la communication ni la RMP. Les patients ont évoqué, de façon inattendue, des variations de formes, de styles et de matériaux du bureau qui influenceraient la CMP.

Conclusion : La présence ou non du meuble de bureau et son type influçait, selon les patients, leur communication et leur relation avec leur médecin généraliste. Les patients semblaient préférer un bureau de taille moyenne, convivial et favorisant la communication dans la sphère sociale, voire personnelle du patient.

Mots clés : *relation médecin-patient, communication, bureau, médecine générale*

What is the perceived influence of office desk on communication and doctor-patient relationship?

ABSTRACT :

Context : Quality health care is based on a quality doctor-patient relationship (DPR), which requires good communication. Space management is a mode of communication.

Main objective : Explore patients' representations on the influence of the presence or not, of the dimensions, and of the layout of the office, on the relationship and communication with their general practitioner (GP).

Method : Qualitative survey carried out by semi-structured interviews of GP's patients from Indre-et-Loire. Recording of interviews, full retranscription and thematic analysis of the content.

Results : The absence of an office desk was categorically perceived by patients, either very negatively with a deterioration in doctor-patient communication (DPC), or on the contrary, positively with an improvement in DPC and DPR. The dimensions of the desk influenced DPC, certainly in a negative way if too deep, too high or too imposing in general, or, possibly in a better way if smaller, less deep. Nevertheless, a minimum necessary distance was required between doctor and patient. The layout of the desk in the medical office did not influence DPC nor DPR. Patients unexpectedly discussed variations in desk shapes, styles and materials, which influenced DPC.

Conclusion : The presence or absence of office desk and its type influenced, according to patients, their communication and their relationship with their general practitioner. The patients seemed to prefer a medium-sized desk, convivial and promoting communication in the patient's social and even personal sphere.

Keywords: doctor-patient relationship, communication, desk, general medicine.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOUREC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie

ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINTE-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
NICOGLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux

ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas

à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre

et méprisé de mes confrères

si j'y manque.

Remerciements

Je remercie de tout cœur Dr Cécile RENOUX qui a toujours répondu à mes questions, et su me guider pour apporter une thèse dont je suis fière de présenter devant mes pairs,

Je remercie Monsieur de président de jury, ainsi que les membres du jury d'avoir acceptés mon invitation et d'être présents le jour de ma soutenance,

Je remercie l'équipe enseignante de la faculté de médecine de Tours, tous les Professeurs de la faculté, les maîtres de stage et tout personnel soignant ou non, qui m'ont aidé à devenir le médecin que je suis devenu,

Je remercie l'équipe de la Bibliothèque universitaire pour leur soutien dans les méandres de la bibliographie,

Je remercie tous les patients qui ont bien voulu répondre à toutes ces questions étonnantes, et d'avoir supporté les chaleurs caniculaires avec moi,

Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai pu travailler, et aussi tous mes nouveaux collègues avec lesquels je travaille actuellement,

Je remercie tous mes amis, que je connais de longue date ou non, qui m'ont apporté tous, de la joie, du soutien, et du bonheur, dans les bons et les moins bons moments,

Je remercie mes parents, pour leur soutien moral, financier et émotionnel pendant toutes ces longues années d'études, pleines de doutes, de peur, d'angoisse et d'appréhension,

Je remercie tout particulièrement Salomé, mon amie, ma sœur de cœur, qui m'a beaucoup soutenu surtout dans la dernière ligne droite, la rédaction et la correction, merci pour tes yeux de lynx !,

Je remercie ma petite fille d'amour Aliénor, mon rayon de soleil, et Tristan mon mari, qui a toujours été là quoiqu'il arrive, je t'aime.

TABLE DES MATIERES

PAGES LIMINAIRES	2
RESUME EN FRANÇAIS	2
RESUME EN ANGLAIS	3
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE	4
SERMENT D'HIPPOCRATE	8
REMERCIEMENTS	9
TABLE DES MATIERES	10
INTRODUCTION	11
METHODE	12
RÉSULTATS	14
POPULATION ETUDIEE ET CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	14
FONCTIONS, ESPACES ET TEMPORALITES DU BUREAU (SCHEMA 1)	15
L'ABSENCE DE BUREAU (SCHEMA 2)	17
VARIATIONS DES DIMENSIONS DU BUREAU	20
DISPOSITIONS DU BUREAU DANS LE CABINET	20
VARIATIONS DE STYLES / FORMES / MATERIAUX DU BUREAU	21
LE BUREAU ET LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT	24
BUREAU ET RELATION MEDECIN PATIENT	24
VERS UN BUREAU IDEAL (SCHEMA 4) ?	24
DISCUSSION	26
A PROPOS DE LA METHODE	26
LE BUREAU, UN DES OUTILS DE LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT	27
LES COMPETENCES COMMUNICATIONNELLES DU MEDECIN PLUS IMPORTANTES QUE LES CARACTERISTIQUES DU BUREAU	28
LE BUREAU : ELEMENT DE LA « JUSTE » DISTANCE AVEC LE PATIENT ?	28
L'IMPORTANCE DU LANGAGE CORPOREL	29
PERSPECTIVES	30
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ANNEXES	33
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ECHANTILLONNAGE	33
ANNEXE 2 : LETTRE DE RECRUTEMENT ADRESSEE AUX MEDECINS GENERALISTES	34
ANNEXE 3 : TRAME D'ENTRETIEN	35
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE ECRIT, POUR LES PATIENTS	36
ANNEXE 5 : AVIS DU COMITE D'ÉTHIQUE	37
PAGES SIGNATURES	38
DEPOT SUJET DE THESE	39

INTRODUCTION

Des soins de qualité reposent sur une relation médecin-patient (RMP) de qualité. L'attente la plus fréquemment citée par les patients ayant changé de médecin généraliste était le savoir relationnel (1). Une des deux qualités essentielles du médecin recherchées par le patient serait l'écoute (2). Parmi les 4 motifs qui leur faisaient changer de médecin étaient notamment cités : « ne met pas à l'aise le patient » et « n'est pas à l'écoute du patient » (2). La communication médecin-patient (CMP) est un élément clé en pratique clinique (3), ce qu'a révélé Michael Balint (4) et ce que revendique également Martin Winckler (5). Elle faisait partie des 4 composantes essentielles de la compétence clinique : connaissances, examen clinique, techniques de communication, résolution de problème (3).

« Le style relationnel se détermine très rapidement et il est essentiel de faire un bon début d'entretien et, entre autres, créer un climat favorable de rencontre, ajustement physique réciproque [...] Afin de développer la relation, il faut tenir compte de la communication non verbale, qui inclut l'utilisation de l'espace et de la distance entre le soignant et le patient » (3). Dans une approche centrée patient, le guide Calgary-Cambridge faisait apparaître entre autres, que pour construire la relation entre le médecin et le patient, il faut utiliser un comportement non verbal approprié, dont un contact visuel, une posture, une position [...] adéquates (6). 80% de la communication serait impactée par la communication non verbale (7) qui serait composée de 9 éléments, dont la distance interpersonnelle (8). La satisfaction du patient était liée à l'expressivité du médecin et celle-ci était entre autres améliorée par une distance interpersonnelle plus proche (9). Le médecin devait être capable de lever les obstacles à la communication, qu'ils relèvent de la personne ou de l'environnement, dont l'organisation spatiale (10). La communication non verbale dans la consultation est depuis très longtemps ignorée, or, elle peut être très néfaste si elle est mal utilisée ou très bénéfique si elle est bien utilisée (11). Selon Balint, « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Or, il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. » (5).

Il semble exister une corrélation très forte entre la RMP et la distance physique, un des éléments clés de la communication non verbale. La proxémie du médecin améliorait la qualité de la RMP, que ce fut en contact physique, distance horizontale ou verticale (12). La proxémie, est un concept établi par Hall en 1966, devenu ensuite le référentiel international anthropologique et sociologique des interactions physiques inter individus pour les populations occidentales (13). Dans une étude (12), les médecins se situant à moins de 75cm de leur patient obtenaient un score de qualité de la RMP bien supérieure à ceux qui se situaient à plus de 75cm de leur patient. Par ailleurs, la HAS recommande sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle, de s'asseoir pour parler au patient (14). Dans ces recommandations, il faut préparer le patient à l'écoute, s'asseoir, ne pas mettre de barrière physique, se rapprocher (diminuer la distance horizontale), avoir une distance personnelle si le sujet est sensible, et être à la même hauteur (distance verticale), jusqu'au contact physique si besoin, en établissant une distance thérapeutique nécessaire (14).

La gestion de l'espace est un mode de communication. Dans un ouvrage ethnologique (15), la taille et l'agencement de la table-bureau reflétaient la représentation du médecin de son métier. La table-bureau était alors une frontière entre les sphères privées et publiques du médecin, par lequel était accueilli le patient. La disposition du bureau semblait peut importer pour les patients (16). Néanmoins, la disposition en face à face du médecin et du patient permettant le contact visuel, et donnant aussi l'impression d'une meilleure écoute semblait indispensable pour les patients (16). Dans un autre travail, selon les patients, l'ordinateur influençait la communication avec leur médecin, sans que la RMP en fut affectée ; ils ne s'en

sentaient pas gênés et même respectaient le temps utilisé par le médecin avec l'ordinateur (17). Selon J. Cosnier (18), l'installation du cabinet d'un médecin généraliste par sa disposition et son mobilier était le reflet d'une position idéologique et affective et correspondait à son « territoire ». G. Bloy (19) citait aussi cette personnalisation du cabinet et sous-entendait que le médecin pouvait, par la disposition de son cabinet influencer sur le style de relation qu'il voulait nouer avec le patient. Enfin C. Iandolo reprenait la nécessité du caractère accueillant et confortable du bureau « *afin que les interlocuteurs se sentent à l'aise* » (20). Selon le code de déontologie, « *la zone du bureau médical se doit de créer une ambiance neutre et intime afin de rassurer le patient et le mettre à l'aise. [...] Le mobilier de circonstance est composé d'un bureau, de chaises...* » (21). S'il n'existe pas de bureau idéal, l'organisation de la salle de bureau passerait par le confort et l'organisation (22). Le plan du bureau se devrait d'être courbe pour « engager » les entretiens avec les patients (22). Plusieurs dispositions différentes de bureaux médicaux ont été étudiées (23). Plusieurs médecins n'utilisaient volontairement pas de table-bureau et décrivaient ce cabinet comme « *un coin atypique, sans bureau ni distance* ». Le bureau était ainsi décrit comme « *une table sur laquelle tout le monde (médecin, patient, étudiant en médecine) avait accès et qui mettait entre les différents acteurs une distance* ». Son absence laissait alors la possibilité au patient de s'approprier l'espace. Au contraire un bureau médical imposant établissait « *un rapport de supériorité du médecin* ». Un médecin encore, n'utilisait que des tabourets, sans bureau, afin, pour lui de varier sa distance avec ses patients, pour s'adapter au patient et à la situation. Un autre médecin ajoutait également des tabourets pour avoir la possibilité de moduler la relation, car « *ce foutu bureau, bien qu'il soit en verre était un obstacle à la communication* ». Ici la distance thérapeutique se créait grâce à un mobilier thérapeutique : en utilisant le bureau, ses caractéristiques, son absence, pour moduler le message, créer du lien, maintenir une distance, un confort. Le mobilier avait alors une influence sur la proxémie et donc sur la CMP (23).

Dans ce contexte, cette étude avait pour objectif d'explorer quelle était, selon les patients, l'influence de la présence ou non du meuble de bureau et de son type, sur leur relation et communication avec leur médecin généraliste ?

METHODE

Il s'agit d'une enquête qualitative menée grâce à des entretiens semi-dirigés individuels de patients de médecine générale, en Indre-et-Loire. La technique d'entretien a été choisie pour une exploration approfondie des perceptions, du vécu et des expériences personnelles de chaque patient.

L'échantillon de patients était raisonné en fonction de leur âge, leur sexe, leur profession, leur statut marital, le lieu d'exercice de leur médecin généraliste (rural et urbain), l'antériorité de suivi avec leur médecin (moins d'un an, de 1 à 5 ans ou depuis plus de 5 ans), leur fréquence de consultations (tous les mois, tous les 2-3 mois, tous les 6 mois ou annuelle ou moins), et le motif de consultation le plus fréquent (suivi de pathologies chroniques ou consultations ponctuelles)(questionnaire d'échantillonnage en annexe 1). Ils ont été recrutés chez plusieurs médecins généralistes du département d'Indre-et-Loire, à raison de 1 à 2 patients pour chaque patientèle. Étaient exclus les patients mineurs et ceux ne parlant pas français. Le recrutement des patients s'est déroulé en deux étapes. Tout d'abord le recrutement des médecins généralistes, par connaissance initialement, puis au hasard via l'annuaire des pages jaunes, en veillant à recruter de façon égale, en milieu urbain et rural. Un courrier (annexe 2) a été adressé afin de

leur expliquer le principe d'entretiens semi-dirigés individuels avec quelques patients de leur patientèle au sortir d'une consultation, et qu'il s'agissait de la perception des patients sur une phase de la consultation. Tous les médecins contactés ont accepté que l'enquêteur vienne une demi-journée sur les lieux de leurs consultations afin d'interviewer quelques patients. Le recrutement des patients se faisait en salle d'attente au cours de la demi-journée choisie en accord avec le médecin. Le premier patient qui acceptait était recruté, puis les patients suivants étaient sollicités si le profil d'âge/sexe variait des précédents interviewés. Avant leur rendez-vous, l'enquêteur se présentait aux patients en tant qu'étudiante en médecine générale, réalisant sa thèse. Il leur était proposé un entretien d'une heure, selon le souhait du patient : au sortir de la consultation dans une pièce dédiée du cabinet médical, ou prise de rendez-vous ultérieur au domicile du patient. Il ne leur était pas précisé au préalable qu'il s'agissait d'évoquer avec eux leur relation et communication avec leur médecin, afin de ne pas biaiser leurs perceptions spontanées.

Une trame d'entretien (annexe 3), élaborée à partir de données de la littérature (1, 12, 16, 17 et 22) et d'hypothèses du chercheur, a été utilisée par une unique enquêtrice (thésarde). Cette trame avait été au préalable testée une fois auprès d'un proche (entretien E1) retenu car réponses en accord avec le sujet. Celle-ci a été ajustée jusqu'au troisième entretien. Sept thèmes principaux ont été abordés par des questions ouvertes : description initiale du bureau de leur médecin généraliste, leur ressenti sur l'influence qu'il a sur leur relation et communication avec leur médecin généraliste, leur ressenti si ce bureau était différent, ce qu'ils changeraient pour l'améliorer, leur ressenti sur leur communication et relation avec leur médecin généraliste au moment de l'examen clinique sans bureau entre eux, leur ressenti sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste s'il n'avait plus de bureau dans son cabinet, et enfin que serait leur cabinet idéal. Une feuille et un crayon étaient mis à la disposition du patient afin qu'il schématise le bureau dans le cabinet médical (seul le patient 10 n'a pas souhaité dessiner). Ce schéma aidait à l'expression des patients. Les interviews ont été enregistrées grâce à un dictaphone numérique, après accord oral des intéressés, et lecture et signature d'un formulaire de consentement (annexe 4). Les interviews ont été intégralement retranscrites et anonymisées. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données.

Dans une posture interprétative phénoménologique, une analyse thématique a été réalisée. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par la thésarde, dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, unique enquêtrice pendant ce travail. L'analyse a été réalisée selon plusieurs étapes. Dans les verbatims d'un même entretien, un mot ou un groupe de mots signifiants a été repéré, constituant un code ouvert. Les codes similaires ou apparentés ont été catégorisés en thèmes. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans un arbre thématique. Cette troisième opération permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. La chercheuse a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et enrichi au fur et à mesure son arbre thématique. Dans cette étude, la thématisation était continue, chacun des entretiens étant analysé linéairement, du début à la fin, pour une identification progressive et exhaustive des thèmes. Le codage des verbatims et l'interprétation ont été supervisés par la directrice de thèse, qualifiée en recherche qualitative. Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer. Aucune déclaration CNIL n'a été faite, car aucune donnée nominative n'a été conservée. Le Comité d'Éthique du groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au Comité de Protection des Personnes du CHRU de Tours a rendu un avis favorable le 13/07/2018 (numéro de projet : 2018 063) (annexe 5).

RÉSULTATS

Population étudiée et caractéristiques des entretiens

Dix entretiens ont été réalisés entre juillet 2018 et septembre 2019. Les patients ont été recrutés dans la patientèle de huit médecins généralistes d'Indre-et-Loire : deux dans le même cabinet (E2 et E3), tous les autres dans un cabinet différent à chaque fois, afin d'avoir des bureaux et médecins les plus différents possibles. Le premier entretien était un test avec un proche, dont les résultats intéressants ont été conservés et analysés. Deux médecins ont ensuite été sollicités par connaissance, les suivants par le hasard des pages jaunes, à qui leur était adressé le courrier de proposition d'inclusion. Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à l'étude.

Six femmes et quatre hommes ont été recrutés. L'âge moyen des patients était de 45 ans (variant de 26 à 79 ans). Sur quinze patients sollicités en salle d'attente, cinq ont refusé l'entretien, et seulement deux ont accepté l'entretien après leur rendez-vous médical du jour (E2 et E9). Un rendez-vous ultérieur a été fixé avec les 8 autres. Les entretiens ont été réalisés au sortir de la consultation, dans un cabinet libre voisin (E2, E3 et E6) ou au domicile du patient (E1, E4, E5, E7, E8, E9 et E10). Leur durée variait de 19 à 56 minutes, pour une durée moyenne de 41 minutes. La suffisance des données a été obtenue après le huitième entretien et confirmée par l'analyse des 2 entretiens suivants.

Les caractéristiques de la population étudiée et des entretiens sont résumées dans le tableau 1, celle de la population de médecins dans le tableau 2 :

	Date de l'entretien	Sexe	Age	Statut marital	Profession	Durée entretien	Lieu entretien
E1	13/07/18	F	61 ans	Mariée	Retraitée	19 min et 24 s	Domicile
E2	17/07/18	F	30 ans	En concubinage	Employée	42 min et 43 s	Cabinet
E3	26/07/18	H	47 ans	Célibataire	Artisan	55 min et 54 s	Cabinet
E4	16/08/18	H	31 ans	Marié	Sans activité professionnelle	52 min et 25 s	Domicile
E5	22/06/19	F	35 ans	En concubinage	Cadre	53 min et 12 s	Domicile
E6	26/06/19	F	52 ans	En concubinage	Employée	41 min et 57 s	Cabinet
E7	09/07/19	H	56 ans	En concubinage	Employé	50 min et 43 s	Domicile
E8	08/09/19	H	31 ans	Célibataire	Profession intermédiaire	31 min et 44 s	Domicile
E9	23/09/19	F	26 ans	Divorcée	Profession intermédiaire	30 min et 56 s	Domicile
E10	24/09/19	F	79 ans	Mariée	Retraitée	28 min et 47 s	Domicile

Tableau 1 : caractéristiques des patients et des entretiens

	Sexe du médecin	Lieu du cabinet	Ancienneté de suivi	Fréquence des consultations	Motif de consultation
E1	F	Urbain	> 5 ans	Tous les 2-3 mois	Suivi
E2	F	Rural	1 à 5 ans	Tous les mois	Ponctuel
E3	F	Rural	< 1 an	Tous les mois	Suivi
E4	H	Rural	1 à 5 ans	Annuelle ou moins	Ponctuel
E5	F	Urbain	> 5 ans	Tous les 2-3 mois	Ponctuel
E6	F	Rural	1 à 5 ans	Tous les mois	Suivi
E7	H	Rural	> 5 ans	Tous les 2-3 mois	Suivi
E8	H	Urbain	> 5 ans	Annuelle ou moins	Ponctuel
E9	F	Urbain	1 à 5 ans	Tous les 6 mois	Ponctuel
E10	H	Urbain	> 5 ans	Tous les 2-3 mois	Suivi

Tableau 2 : caractéristiques des médecins des patients interrogés

Fonctions, espaces et temporalités du bureau (schéma 1)

Le bureau était toujours la norme dans un cabinet médical « *on a toujours eu l'habitude de voir un bureau dans un cabinet de médecin* » E1. La plupart des patients décrivaient le bureau comme étant l'« *outil de travail* » du médecin, qui devait « *être pratique* » et « *confortable* », principalement « *un support d'écriture* ». Le bureau « *paraît indispensable* »: « *je ne vois pas un médecin sans bureau* » E10.

Les médecins adoptaient des postures différentes vis-à-vis du bureau : un bureau **protecteur** « *je dirai que lui a tendance à se cacher derrière le bureau justement* » E5, « *s'en sert d'armure pour mettre une distance avec le patient* » E5 ; à **effacer la barrière** : « *c'est aussi son comportement qui je pense fait oublier son bureau* » E5 ; ou enfin pour **garder une distance** en restant derrière « *m'a écouté parler de derrière son bureau, il ne s'est pas une seule fois levé pour parler pour se mettre sur le fauteuil à côté de moi et me parler comme si on était, euh je veux dire chez le psy quoi. Il est resté à son bureau, c'était très bien* » E4.

Le bureau matérialisait la différence de statut du médecin acteur et décideur, du patient passif, le médecin et le patient étaient **chacun de leur côté du bureau** E2 : « *ça fait quand même, le bureau ça fait voilà, vous êtes chez le médecin, enfin, ça donne un petit peu, ce, cette vision là, vous êtes avec le corps médical* » E2.

Le bureau était souvent un des **symboles** du métier « *le bureau, c'est comme le stéthoscope, c'est symbolique* » E3, « *c'est comme un uniforme* » E4, ou la spécialité « *mon médecin généraliste est là en premiers recours, il a besoin d'un bureau pour dégrossir ce qui ne va pas* » E6. Le bureau reflétait souvent le **professionnalisme** du médecin « *j'entends professionnel, ce n'est pas le concept "qui connaît toutes les maladies du monde", c'est aussi le concept qu'il est présentable, il fait attention à sa présentation, à sa façon de parler* » E4. « *C'est la première image que j'ai du corps médical, c'est lui qui doit être le plus professionnel de tous, donc blouse, bien habillé, stéthoscope et un bureau* » E4.

Le patient avait le « *besoin psychologique* » E3 d'un bureau, « *pour créer la relation* » E3, et aussi car il le décrivait comme un point de repère « *il y avait quand même des repères que j'avais besoin de voir. Il y avait quand même le bureau qui était là [...] je me suis senti rassuré* » E4. En l'absence de bureau le patient se sentait « *un peu perdu, un peu désorienté* » E3. Le bureau semblait peu utile pour le patient « *éventuellement pour poser un papier, enfin je ne l'utilise pas* » E3, ou au contraire, il paraissait utile comme « *support pour régler en chèque* » E2, ou comme un moyen de se mettre à l'aise « *moi je sais que je peux ne serait-ce que poser mes bras sur le bureau quand je lui parle* » E8.

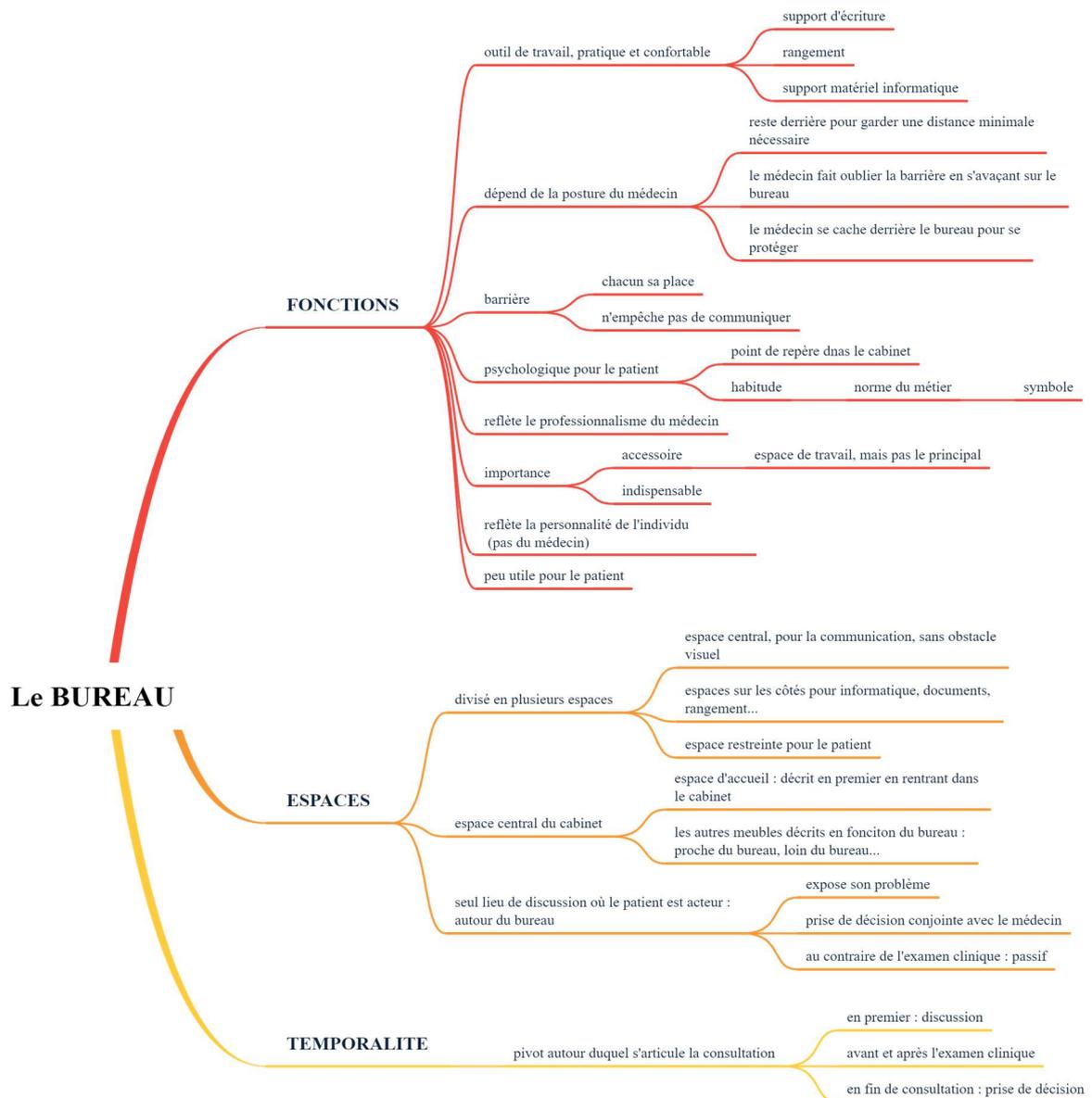


Schéma 1 : fonctions, espaces et temporalité du bureau

Le bureau était divisé en trois espaces distincts : « *il a un espace documents, un espace informatique, un espace client pour recevoir* » E7.

- Un **espace central vide pour la communication écrite et orale, le lien visuel** « *c'est plutôt tout l'espace qu'il a réservé, c'est face aux gens, c'est pour pouvoir écrire* » E7 ; « *on voit bien de la façon dont il l'a arrangé, on ne perd jamais le contact visuel* » E8.

- Les **espaces sur les côtés pour le matériel informatique** et le rangement « *quand je disais il y avait la place de trois personnes, la troisième personne c'est l'ordinateur* » E8.
- Un dernier espace réservé au patient : « *un petit espace où vous pouvez vous adosser et remplir les papiers qu'il vous donne* » E7.

Le bureau était décrit comme pivot central où s'articulait les trois phases de la consultation. Après l'accueil, « *ensuite il fait le tour de son bureau, il s'installe et là on discute* » E7. Puis « *quand il s'est levé de son fauteuil et qu'on a commencé à faire l'examen clinique, on a arrêté de parler. Moi j'ai arrêté de parler en fait* » E4. « *Après l'examen clinique on revient au bureau pour discuter du traitement, décisions conjointes etc* » E7.

Même si certains patients disaient spontanément que le bureau n'influait pas la communication et la RMP, quand ils se projetaient avec un bureau différent, tous affirmaient qu'un bureau plus petit ou plus profond, d'une autre matière ou de forme différente, changerait quelque chose. Et qu'en fait, cela changerait aussi en fonction de la relation antérieure, existante avec leur médecin généraliste « *ça dépend des relations que l'on a avec son médecin* » E3. Souvent assez facile à décrire, la forme du bureau était toujours décrite avec certitude, mais les patients cherchaient souvent le matériau exact, et éprouvaient souvent des difficultés avec les dimensions.

L'absence de bureau (schéma 2)

Cela a été l'élément qui a le plus fait réagir les patients. Initialement, tous les patients interrogés ont été très surpris, la plupart ont souri ou ri à cette éventualité. Il a été difficile pour eux de savoir si le bureau influait la communication, car il restait indissociable du cabinet, faisant partie intégrante de celui-ci, « *je n'ai jamais été mis face à ça* » E3. Ils ont dû se projeter dans un cabinet médical sans bureau, ce qu'ils n'avaient jamais connu auparavant.

Certains patients se sentiraient désorientés, même si cette déstabilisation serait sûrement transitoire. Deux patients pensaient qu'il était très important de délimiter deux espaces dans le cabinet, pour les deux temps de la consultation, associés aux deux distances : proximité de l'examen et distance pendant l'entretien. Ils changeraient de médecin généraliste en l'absence de bureau. Les principaux points de vue négatifs sont regroupés au sein du tableau 3.

Désorientation E2, E3, E4, E6 et E9 : « *p'être un peu... un peu perdu quoi. Un peu désorienté* » E3, « *ça ferait bizarre* » E2 et E9, « *ça nous paraît "bah pourquoi y a pas de bureau, c'est pas normal"* » E2, « *Mais il y avait quand même des repères que j'avais besoin de voir. Il y avait quand même le bureau qui était là, il y avait les accessoires médicaux qui étaient un peu partout dans la salle, je me suis senti rassuré.* » E4.

« *Ça me ferait un vide, pour moi cela serait comme un policier qui n'a pas son gyrophare bleu* » E4.

« *Surtout du point de vue médical, il n'aurait pas de bureau, je ne l'aurais pas pris au sérieux* », E4. « *Et s'il n'y a plus de bureau pour moi, on n'est plus dans un cabinet* » E7.

« *Je pense que je serais moins à l'aise de ne pas avoir un truc entre moi et lui quand même* » E8, « *c'est plus par rapport à mon langage corporel que je ne serais pas à l'aise* » E8.

Le patient **écourterait son entretien, pour épargner au médecin l'inconfort d'écrire sans bureau** : « *je me dis que moi si je vous explique mon problème mais que vous, vous n'êtes pas*

forcément à l'aise, avec un calepin rigide pour noter des détails, ça ne sera pas très pratique, pas très agréable donc j'aurais tendance à vouloir accélérer la consultation pour que vous soyez débarrassé de cette partie désagréable. Inconsciemment. » E4.

Tableau 3 : principaux points de vue négatifs sur l'absence de bureau

Trois interviewés avaient un avis plutôt neutre (tableau 4). L'absence de bureau ne changerait pas ce qu'ils avaient à dire et ce qui serait fait.

Déstabilisation transitoire E3 : « *je serais un peu déstabilisé, mais ça ne durera pas* » E3, « *C'est comme quand c'est un remplaçant et qu'on ne savait pas, c'est pareil, sur le coup y a la surprise. Mais après ça ne change rien* » E3.

« *Je n'aurais pas de mal à avoir les mêmes relations avec bureau ou sans bureau* » E3.

Peu importe le lieu : « *Non, je ne me formalise pas de l'endroit où je suis, ce qui importe c'est ce que l'on fait* » E9.

Tableau 4 : points de vue neutres sur l'absence de bureau

La majorité des réactions était positive (tableau 5). Selon eux, cela favoriserait la communication, en rapprochant le patient du médecin et en proposant soit un vrai échange en face à face, soit au contraire en permettant de se positionner côte à côte. Une patiente exprimait qu'une distance était nécessaire, sans pour autant devoir être matérialisée, et pouvait être suggérée par une distance entre les fauteuils. Néanmoins, seulement deux patients nommaient l'absence de bureau une disposition « idéale ». Certains ont évoqués qu'avec les évolutions technologiques, le bureau perdrait prochainement son utilité et disparaîtrait.

18

« *Peut-être que ça serait différent* » E1.

« *Ça serait surprenant, mais ça ne me dérangerait pas plus que ça* » E9.

« *Après tout, pourquoi pas, du moment que, le praticien se sent à l'aise dans son métier* » E9.

« *Peut-être qu'un bureau n'est pas à 100% nécessaire pour un docteur* » E3.

Pas aussi indispensable que la table d'examen : « *par contre j pense qu'il y aurait toujours une table d'auscultation* » E3.

« *Je pense qu'il faut une distance, mais pas forcément matérialisée, ça peut être instauré par la distance des fauteuils, par exemple* » E6.

« *Peut-être pouvoir plus se confier* » E1, « *ça peut changer quelque chose effectivement parce que la proximité, peut-être, parce que ce qu'on n'a pas penser au moment de l'examen* » E1.

Meilleure relation avec le médecin E2 : « *Ça donnerait pt'être cette impression de proximité encore plus importante entre le patient et le, et le, et le praticien* » E2.

« Qu'il n'y ait pas de bureau, ça donne plus le côté un peu **plus convivial** de la pièce, plus, plus, ça donnait un peu plus cet aspect **plus cocon** » E2, « **plus sympa** » E2.

Vrai face à face E2 : « on aurait cette impression de vraiment euh, bah être face au médecin » E2.

Innovant, ce serait le futur E3, E9 et E10 : « j'pense qu'un jour ou l'autre, y aura plus de bureau » E3, « Mais ça suivra j'pense l'évolution, **l'évolution et la modernité** etc. » E3.

Disparaîtra car ne sera plus utile E3 : « peut-être qu'un jour, avec l'évolution des technologies, **le bureau disparaîtra car il n'aura plus de fonction** » E3, « je pense que s'il n'est plus utile, il ne serait plus d'actualité, il ne serait plus là. Et on s'y fera quand même » E3.

Tableau 5 : points de vue positifs sur l'absence de bureau

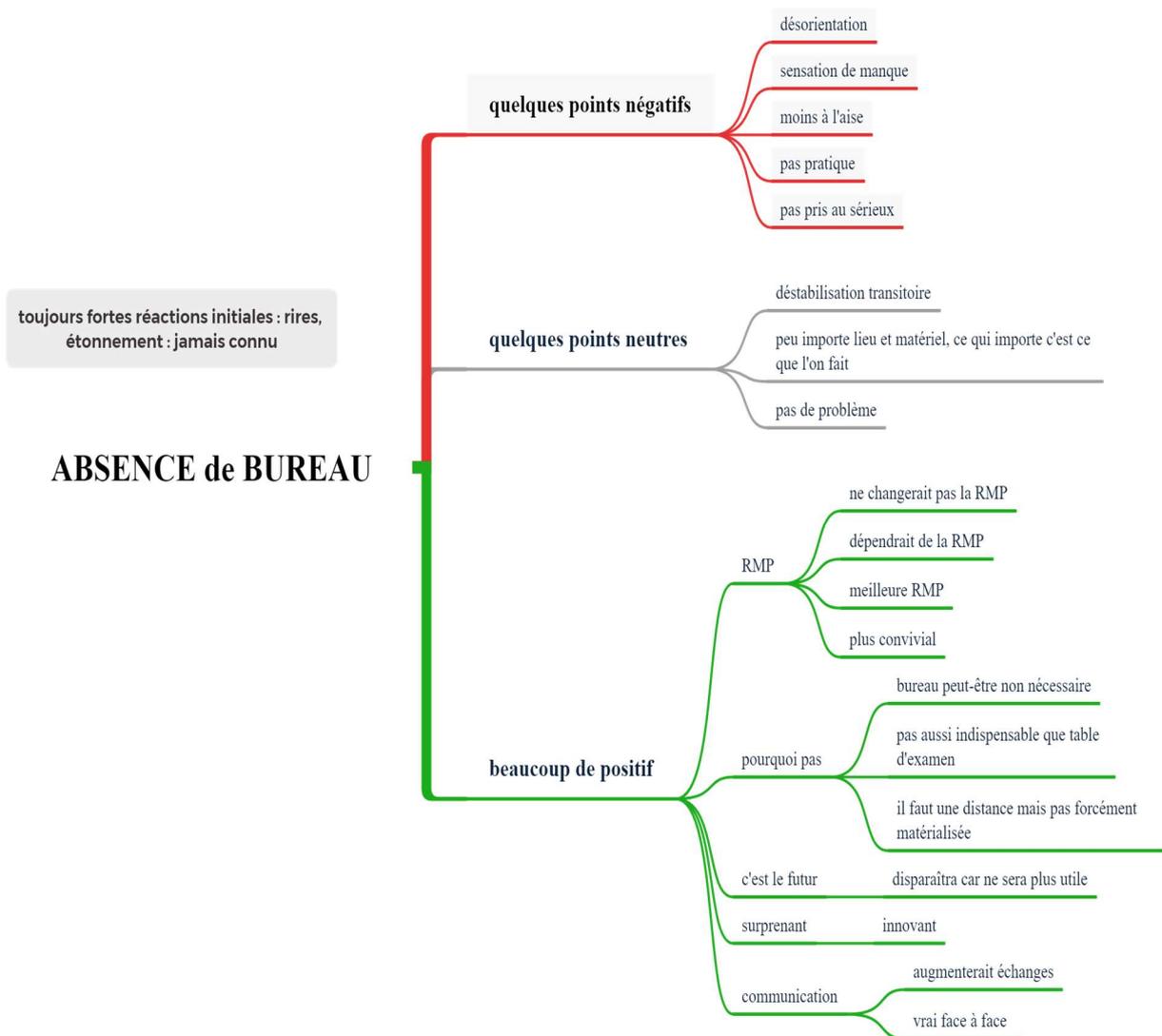


Schéma 2 : avis négatifs, neutres et positifs sur l'absence de bureau

Variations des dimensions du bureau

Le bureau était toujours considéré comme une barrière physique entre le médecin et le patient, mais sa perception était très différente selon les patients.

Certains trouvaient cette « *petite barrière* » E1, nécessaire pour **respecter une distance minimale** avec le médecin : « *moins large c'est à double tranchant, on se doit d'avoir une certaine distance avec le docteur* » E3, « *je trouve que le bureau c'est ce qui permet de mettre la barrière entre le fait que le médecin soit là pour m'aider et qu'il ne soit pas mon pote* » E4. Cette distance a été quantifiée par E4 « *le petit 1 mètre, 1 mètre cinquante était très bien entre lui et moi, c'était très bien* ».

D'autres trouvaient une distance trop grande gênante dans la communication : « *le médecin doit se mettre plus à la portée des patients* » E1. Un bureau **plus profond** pouvait : **punir** : « *plus profond [...] C'est comme si on mettait un enfant au bout d'une salle au coin, voilà se faire mettre au coin* » E4 ; **dégrader les rapports humains** : « *le patient serait un peu plus espacé du docteur par un bureau plus large, on commencerait à dégrader les rapports humains* » E3. Le médecin deviendrait alors **inaccessible** « *je ne suis pas pour les bureaux vraiment très très larges qui mettent énormément de distance parce qu'en général, du coup, on se dit directement que le médecin n'est pas accessible* » E5. « *Le médecin paraît moins à l'écoute* » E5, **peu disponible** « *j'avais vraiment l'impression qu'il fallait que la consultation dure très peu de temps et qu'il était déjà en train de penser au patient d'après* » E5.

Un bureau **trop haut**, rabaisait le patient « *son bureau était aussi très haut, il était un peu haut placé. Je m'en rappelle il y avait des cales, des petites cales comme ça, de 1 centimètre pour que son bureau soit un petit peu plus haut, on avait toujours l'impression d'être bas face à lui.* » E4, ou gênait à la communication écrite « *Il est peut-être un petit peu haut si on n'est pas très grand* » E8. Une même **hauteur en médecin et patient influait positivement** la communication, « *je me sentais à la même hauteur que lui je ne me sentais pas inférieur à lui, donc je me sentais à l'aise* » E4.

La longueur du bureau a été très peu abordée, ou pour signifier qu'elle n'avait que peu d'importance, car le médecin le contournera au besoin, « *peu importe sa longueur ça ne change rien* » E3. La taille globale du bureau se devait d'être cohérente avec la taille de la pièce, sinon « *je ressens un vide. Il n'est pas énorme ce bureau par rapport à la pièce* » E4.

Dispositions du bureau dans le cabinet

La disposition du bureau dans le cabinet a été abordée dans certains entretiens, avec des patients attachés à décrire la disposition du bureau dans la pièce par rapport à la fenêtre, à la porte ou à la table d'examen. Ils évoquaient des avantages pratiques : comme avoir la lumière dans le dos par exemple. Mais **aucun n'évoquait d'argument par rapport à la communication ou la RMP.**

- En revanche, la disposition du médecin par rapport au patient a été largement abordée : l'importance de garder le contact visuel le long de la consultation avec l'aménagement spécifique du bureau (écran, TPE...) afin d'éviter les obstacles visuels par exemple.
- Le langage corporel du médecin : nette préférence pour un buste de médecin bien face au patient, plutôt qu'un médecin de $\frac{3}{4}$ ou sur le côté, si par exemple le bureau était positionné sur le côté du médecin et non plus entre le médecin et le patient, afin de se sentir bien écouté. La disposition côte à côte ou en face à face du médecin et du patient, a largement été discutée, certains y voyaient un côte à côte qui

rapprochait et augmentait l'échange par la proximité afin de se rappeler ce qu'il aurait oublié de dire s'ils avaient été en face. Au contraire, d'autres estimaient que le côté à côté était réservé aux amis et que cela entraînait une familiarité non souhaitable avec le médecin, d'autres encore y étaient complètement indifférents. Enfin, le face à face était tantôt négativement perçu comme un interrogatoire policier, alors que d'autres y voyaient l'intérêt que le médecin portait à leurs propos.

Variations de styles / formes / matériaux du bureau

Plusieurs styles différents de bureau ont été exposés. Le bureau pouvait moduler l'image du médecin « *j pense que si c'était un bureau, un vieux bureau en bois euh, fermé euh, un peu à l'ancienne. L'aspect austérité, enfin, l'aspect oui enfin ça serait plus austère* » E3, « *un bureau plus moderne, ça adoucit un peu l'effet un peu austère du, de l'image du docteur, anciennement* » E3. Le bureau pouvait incarner l'autorité médicale « *un bureau à l'ancienne sur une estrade, on était rabaissé par rapport à celui que l'on venait consulter* » E3. Le bureau était un outil d'humanisation de la communication, « *on sent le côté humain dans ce genre d'installation moderne. C'est important* » E3.

La forme du bureau a souvent été citée comme facteur influençant la communication. La majeure partie des bureaux décrits étaient rectangulaires, sauf celui du médecin de E10 qui était ovale. Des patients dont les bureaux de leur médecin étaient rectangulaires, proposaient que les bords soient arrondis, sans jugement de valeur. La forme carrée était citée comme peu intéressante « *il pourrait être carré que ça ne changerait pas grand-chose* » E8. Une patiente émettait la possibilité de « *quelque chose de rond, enfin de voilà, qu'il y ait communication entre toutes les personnes qui sont présentes lors de la consultation* » E2. Un autre patient (E8) précisait le contraire, « *typiquement s'il était rond je serais un peu mal à l'aise parce que je ne saurais pas trop où me mettre, rond, je ne pense pas que ça soit une bonne disposition* ». Une forme atypique en haricot a été citée « *si c'était un bureau, pourquoi pas, en haricot, dans ces cas-là, oui, on pourrait avoir un contact qui est différent* » E5, avec possibilité ainsi de « *moduler la distance avec le patient selon le motif de consultation* » E5. En revanche, plusieurs patients notaient que la forme importait peu, « *peu importe sa longueur ça ne change rien [...] la forme non plus* » E3, le plus important étant de « *se sentir écouté* » E3.

Les patients ont discuté l'influence du matériau sur leurs perceptions (tableau 6).

Le matériau des bureaux, connu des patients, était principalement « *en bois* » (E1, E4, E5, E7, E8 et E10) ou « *en verre avec structure métallique* » (E2, E3, E6 et E9).

Certains préféraient un matériau **transparent**, afin que « *ça ne cache pas grand-chose, c'est l'idée de se voir complètement, entier, d'être transparent dans la relation aussi* » E9, ainsi médecin et patient étaient **moins chacun de son côté** « *on n'est pas complètement... chacun d'un côté d'un meuble, mais on est face à face, c'est pas comme ... quand on est derrière un guichet, c'est pas comme quand on est ... face à ... à un supérieur dans un bureau, c'est pas comme chacun d'un côté* » E9. « *Ca adoucit un peu l'effet un peu austère* » E3. « *Qu'il soit transparent, comme ça, complètement clair, ça met moins de barrière aussi quand même avec le médecin, il y a moins cette barrière entre deux personnes* » E9. Ôter cette barrière facilitait la communication « *mais on est quand même face à face et, euh, il n'y a pas ce... ce bureau, ce blocage entre deux personnes. On est en discussion* » E9, **rapprochait** « *ça diminue, j'ai l'impression un petit peu quand même la distance* » E9, et permettait de **mieux se concentrer sur ce que le patient voulait dire** « *Si on n'a pas d'interférence visuelle, on va avoir tendance à se concentrer sur ce que l'on a à dire, et sur le ressenti que l'on a, afin de l'exprimer au médecin* » E6.

D'autres préféraient un **matériau plein** pour « *ne pas voir les jambes de mon médecin bouger, ça me mettrait mal à l'aise* » E4.

Le bureau **en métal refroidissait l'ambiance de la relation** « *le bureau est en métal, ça donne une sensation de froid dans la pièce* » E5.

Au contraire, un bureau **en bois massif**, donnait un aspect plus **authentique** et **chaleureux** « *un bureau un peu plus en bois massif ou qui soit un peu plus authentique et qui ramène un peu plus de chaleur dans le cabinet* » E5 et « *plus un côté de **proximité*** » E5, et serait donc « *un peu plus **original*** » E5 pour être **moins impersonnel**.

Un autre matériau de bureau que transparent **dépendrait aussi de la pièce** « *Pas transparent. Ça veut dire tout autre matière* » E9 changerait l'ambiance du cabinet et « *se sentirais à **l'étroit*** » E9 quand la pièce était petite, « *C'est vrai que ça changerait beaucoup la tête et l'ambiance calme du cabinet parce qu'en fait c'est un tout petit, c'est vraiment une toute petite pièce, donc c'est vrai que ça mettrait plus de poids, plus de **lourdeur** dans l'ambiance* » E9.

Pour beaucoup le matériau **importait peu** « *Maintenant, qu'il soit petit, grand, en bois, en plastique... la forme ce n'est pas important* » E7 par rapport à la personnalité du médecin « *Mais c'est la personnalité* » E7.

La décision du matériau **appartiendrait au médecin, car personnelle** « *Le bureau, que vous ayez un bureau en bois, en chêne, en verre, ou n'importe quoi, c'est à vous, personnel. C'est pas au patient* » E10.

Tableau 6 : variation du matériau du bureau

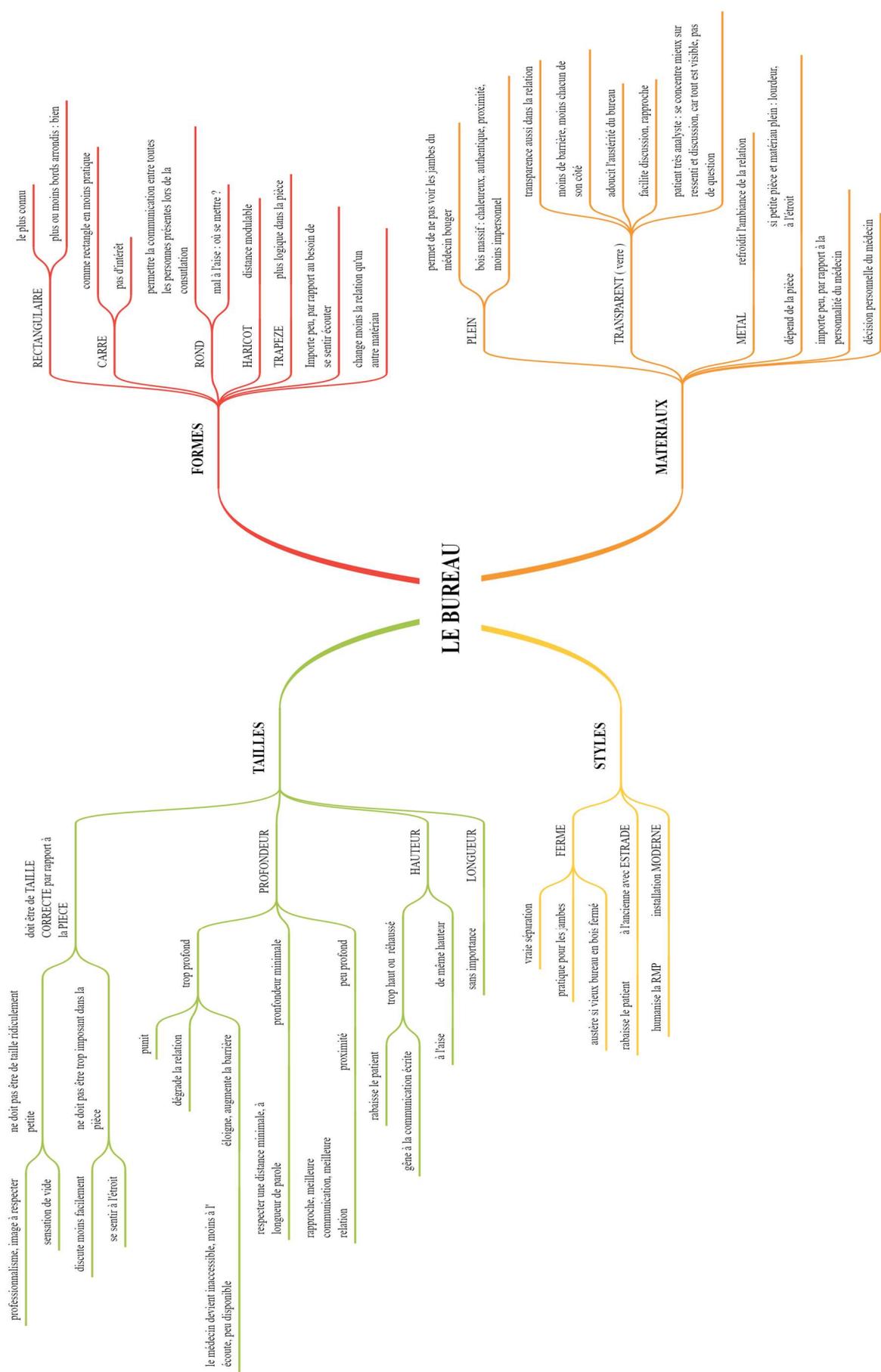


Schéma 3 : variations de tailles, styles, formes et matériaux du

Le bureau et la communication médecin-patient

Tous les patients ont exprimé l'importance et le besoin pour eux de « *se sentir écouté* » E2, et même parfois cela était plus important que tout autre chose « *J pense que oui, en fait, l'environnement, la communication, ça c'est clair que ça, ça, c'est le plus important* » E2, « *pourvu que j'aie un bon docteur, et qu'il écoute, à l'écoute du patient. C'est ce qu'il faut, être à l'écoute du patient* » E10. C'étaient les compétences communicationnelles du médecin qui conditionnaient la perception d'être écoutée, plus que le bureau : « *je ne pense pas que c'est ça qui freine la façon de communiquer avec le patient, c'est plus le relationnel* » E2. Certaines postures (face à face, à côté) favorisaient la communication pour certains patients (« *de mieux parler et puis penser plus à ce qu'on a comme problème puisque là on est côte à côte* » E1) mais la compliquaient pour d'autres (« *non ça ne serait pas bon à tourner tout le temps la tête, on aurait l'impression de ne pas communiquer ensemble, pour moi il n'y a pas d'échange là* » E6).

Bureau et relation médecin patient

La RMP était importante pour la plupart des patients, car le médecin était considéré comme un confident privilégié « *j'dis des choses à mon médecin que je n'ai sûrement jamais dit à d'autres personnes* » E3. D'où des attentes de la part de certains patients : « *un médecin ce n'est pas n'importe qui, on parle avec, on a un doute sur quelque chose, il nous parle. Je trouve qu'il faut qu'il y ait un échange, une confiance. D'ailleurs, moi ce n'est pas compliqué, moi si je n'ai plus confiance en mon médecin, j'en change.* » E7. La relation médecin-patient était essentiellement dépendante de la communication du médecin : « *c'est elle en tant que médecin qui rapproche aussi cette relation avec le patient parce que c'est quelqu'un qui est très empathique et qui est très proche de ses patients* » E5. L'humanisation du bureau (photos personnelles par exemple) personnalisait la relation : « *j pense ça permet aussi au patient de voir qu'elle partage aussi un peu d'elle* », et y a pas que le côté où c'est le médecin et voilà c'est un être humain » E2.

24

Vers un bureau idéal (schéma 4) ?

De l'analyse des données, ont été identifiés les éléments d'un bureau « idéal » (Tableau 7).

Qui met à l'aise : « Se sentir à l'aise » pour pouvoir mieux se confier E2 : « <i>Si on se sent bien, on prend son temps, mieux se confier, sinon on part vite</i> » E7. Démédicalisation du lieu par une ambiance matérielle chaleureuse « <i>pas un truc tout, tout froid, tout euh, trop médical finalement</i> » E2, « <i>pas aseptisé</i> » E3.
Pratique et confortable : « L'essentiel c'est le pratique et le confortable » E7 avec un espace réservé au patient : « <i>ce petit espace, c'est ça le bon bureau</i> » E7. Le strict minimum nécessaire « <i>le strict minimum, qu'on peut avoir besoin</i> » E2. « <i>Un bureau peut-être pas, mais au minimum un support, qui soit ergonomique et qui permette de se poser et d'écrire, ou de poser les documents qu'on a besoin de poser</i> »
Qui reflète la personnalité du médecin : « <i>Le bureau idéal c'est celui qui reflète le médecin. Celui qui ne triche pas, c'est son bureau, pas celui qu'il a pris par dépit, celui qu'il a choisi</i> » E7. « <i>Je pense que le bureau d'un médecin devrait ressembler au médecin, refléter un peu sa personnalité</i> » E5.
Le bureau devrait être « cohérent et logique , pour ne pas se poser trop de question de comment il est fabriqué » E6, « <i>l'échange là est beaucoup plus simple, plus facile</i> » E6.

Adaptable, modulable : « *c'est celui qui s'adapte, je pense que c'est le bureau qui est modulable, parce qu'on est tous différents. On peut avoir une proximité, comme on peut avoir une petite séparation, suivant les personnes. Et modulable en fonction du médecin, s'il a besoin d'une distance, ou pas. Ou du patient. Et pourquoi pas, le choix du patient* » E6.

Qui s'oublie : « *Pas trop imposant* » E2. « *Là sans être là* » E6. « *Pas cosu* » E1.

Evoluant dans le temps : « *Le bureau devrait évoluer dans le temps, avec l'évolution des pratiques du médecin et de sa patientèle et je pense que les professionnels devraient essayer de se mettre beaucoup plus à la place de leur patient quand ils sont dans leur bureau qu'à la place du professionnel. Régulièrement se mettre à la place, s'asseoir sur la chaise du patient pour essayer de voir aussi comment le patient va percevoir le praticien* » E5.

Tableau 7 : les caractéristiques d'un bureau « idéal »

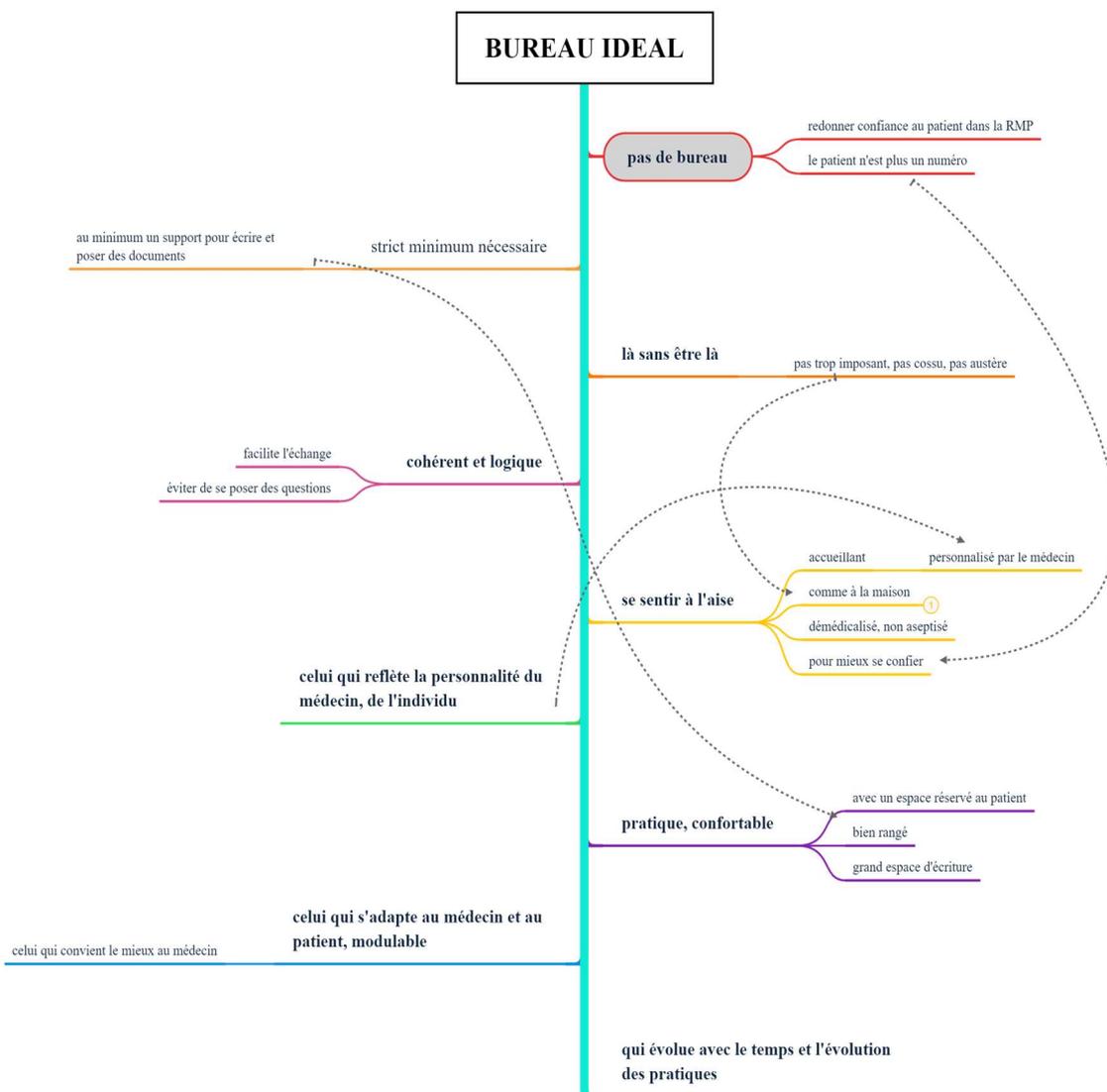


Schéma 4 : les différents éléments caractérisant le bureau « idéal »

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des patients sur l'influence de la présence ou non, des dimensions, de la disposition du bureau, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste. La possibilité d'une absence de bureau a étonné la plupart des patients avec des réactions variables (positives ou négatives) sur la communication médecin-patient. Les dimensions du bureau influençaient la CMP, de façon certaine en négatif si trop profond, trop haut ou trop imposant, de façon positive si plus petit, moins profond. Une distance minimale nécessaire était souhaitée entre médecin et patient. La disposition du bureau dans le cabinet n'influçait ni la communication ni la RMP. Les patients ont évoqué, de façon inattendue, des variations de formes, de styles et de matériaux du bureau qui influenceraient la CMP. Pour les patients, la compétence communicationnelle de leur médecin avait plus d'influence sur leur ressenti que le bureau.

A propos de la méthode

Le choix de la méthode dépendait de la question de recherche et des objectifs du chercheur. La recherche qualitative était particulièrement appropriée car les facteurs observés étaient subjectifs, donc difficiles à quantifier. Cette méthode était celle de référence pour explorer les émotions, le ressenti des patients, ainsi que leur comportement et le sens de ce dernier. Elle permettait de contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement et des interactions des sujets. Cette étude avait pour objectif d'évaluer une opinion et d'explorer les représentations et le vécu des individus. Toutes ces données appartenaient au domaine de la subjectivité, et à ce titre une analyse qualitative était la plus justifiée.

La question de recherche explorait l'avis individuel. Les entretiens semi-dirigés individuels offraient aux sujets la possibilité de livrer leurs réflexions personnelles, sans crainte de jugement, et en bénéficiant du temps nécessaire à l'élaboration d'un avis face à une problématique inattendue. Il aurait pu être intéressant de confronter les résultats aux mêmes patients, à distance, à l'occasion d'un *focus group*, qui aurait permis de confronter les idées des patients entre eux, et de les éclairer sur des pistes de réflexions plus poussées.

Comme pour toute recherche, le travail préalable à cette étude consistait à faire le point sur le sujet par une revue de la littérature. Or, cette recherche était à la limite du champ médical et approchait du domaine de la sociologie. L'exploration des publications dans ces deux champs scientifiques n'a pas permis de trouver d'études réellement en rapport avec ce questionnement. Il existait bon nombre de publications sur la communication dans la consultation médicale (3, 6 - 11, 14, 18, 20, 25 et 26), et sur la relation médecin-patient (1, 2, 4, 5, 12, 25, 27 et 28) sur la salle d'attente et le cabinet médical (15, 16, 18, 22 et 24), mais le thème du bureau et son influence sur la communication et RMP a été très peu abordé dans les études. La comparaison des résultats de cette étude aux données actuelles de la science a donc été partielle. Il pourrait s'agir ici d'une faiblesse, limitant la vérification de la validité externe. Cela pourrait aussi être une force de l'étude, qui abordait le bureau avec originalité et ouvrait vers de nouveaux questionnements.

La population étudiée devait être largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. Cette diversité était la source de la richesse des données. La population était composée de 10 personnes issues de la population générale d'Indre-et-Loire. Bien que restreint, l'échantillonnage raisonné a obtenu une diversité de représentations. Il existait néanmoins un biais de recrutement par l'absence des âges extrêmes (moins de 25 ans et

plus 80 ans), car aucun patient sollicité dans ces âges n'a souhaité participer à l'étude. L'inclusion a pris fin à l'obtention de la suffisance des données, au huitième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés, et les sujets ont été sélectionnés de manière à augmenter la moyenne d'âge de l'échantillon, soit une dernière patiente incluse de 79 ans. Le nombre de personnes interrogées restait néanmoins assez faible pour une étude qualitative.

La conduite des entretiens et l'analyse des données ont été réalisées par un unique chercheur inexpérimenté en recherche qualitative. Ses hypothèses préalables ont pu influencer la formulation des questions et l'analyse, subjectivité quasi inévitable dans ce type d'étude. Le chercheur a tenté de faire abstraction de ses opinions personnelles et de ses propres représentations. En ce sens, les entretiens ont été menés sur la base d'une trame d'entretien, constituée de questions ouvertes, préalablement établie et travaillée avec la directrice de thèse et sur la base des données de la littérature, afin de limiter l'interprétation personnelle. Le choix du type d'analyse a été réalisé sur les conseils de la directrice de thèse expérimentée et qualifiée en recherche qualitative, et la subjectivité du codage a été limitée par sa relecture initiale des premiers entretiens, permettant ainsi de trianguler l'interprétation.

Lors des entretiens les sujets étaient confrontés aux limites de leur imagination ce qui les a mis en difficulté. Les questions ouvertes étaient particulièrement difficiles pour bon nombre d'entre eux. Ils ne savaient pas comment répondre, perturbés par l'absence de « bonne réponse » et la confrontation à une problématique qu'ils n'avaient pas anticipée. Leur demander d'imaginer spontanément un concept hors de leur champ de représentation semblait être un exercice compliqué et complexe. Le même processus était retrouvé lorsqu'il s'agissait d'idéaliser le bureau. Quelle que soit la manière employée pour stimuler leur imaginaire, les interviewés restaient systématiquement limités par ce qu'ils connaissaient. Leur imagination, leur idéalisation s'arrêtaient à des situations qu'ils avaient pu rencontrer, des exemples qu'ils avaient pu voir. La durée des entretiens était pourtant correcte.

27

Le bureau, un des outils de la communication médecin-patient

Même si certains patients disaient spontanément que le bureau n'influçait pas la communication et la RMP, quand ils se projetaient avec un bureau différent, tous affirmaient qu'un bureau plus petit ou plus profond, d'une autre matière ou de forme différente, changerait quelque chose. Dans une thèse (29), les patients, même s'ils assuraient que la RMP était essentielle, ne semblaient pas pour autant conscients de l'influence que le cabinet pouvait avoir sur cette relation. Pour les médecins aussi, l'influence du cabinet paraissait peu connue. La communication non verbale est pourtant la « clé de la relation médecin-malade » (30), trop peu connue et mal utilisée (11). Le mobilier peut être utilisé (le bureau, ses caractéristiques, son absence) pour moduler le message, créer du lien, maintenir une distance, un confort (23). La définition actuelle de la santé par l'OMS place le patient au centre de la démarche de soin. Celle-ci introduit également le concept de satisfaction du patient, par des moyens matériels, mais également humains, et notamment relationnels. Des soins de qualité, selon l'OMS, reposent donc sur une relation médecin-patient de qualité (12). Il est ainsi recommandé de « développer une relation chaleureuse et harmonieuse » pour construire la relation (6), ce qui a été cherché ici, dans cette étude.

Dans un premier temps, la présence ou non du bureau dans le cabinet médical, a été l'élément qui avait le plus fait réagir les patients. La plupart avaient un avis très franc sur ce point, qu'il soit négatif ou positif. Ce qui a aussi été retrouvé dans une étude (7) qui a exploré plusieurs éléments de la communication non verbale : les attributs statiques (les meubles et équipements, leur présence, leur absence...), puis dans les éléments dynamiques, et enfin les barrières physiques (tout élément physique qui se situait entre le médecin et son patient durant la consultation, donc le bureau). La configuration spatiale du cabinet médical avait une vraie

influence positive ou négative sur la communication médecin-patient (7), tout comme la présence ou non du bureau ; tout comme dans notre étude.

Les compétences communicationnelles du médecin plus importantes que les caractéristiques du bureau

Dans notre étude, les patients ont tous décrit le besoin de se sentir écouté, ce qui influençait beaucoup la RMP et semblait plus important que les caractéristiques de son bureau. D'ailleurs, parmi tous les litiges avec le corps médical, d'un pays à l'autre, un des facteurs universels est le problème de communication (14). Dans une étude (14), les malades avaient parfois l'impression que le professionnel de santé à qui ils s'adressaient ne savait tout simplement pas les écouter. Ce jugement reposait souvent en fait sur un problème réel, à savoir que le professionnel en question négligeait les règles de base de l'écoute. Dans leurs résultats, l'absence de bureau, augmenterait les échanges et faciliterait la CMP. Dans la mesure du possible, selon les recommandations de Robert Buckman (14), le médecin devrait parler au malade d'égal à égal, démarche qui semblait correspondre aux désirs de la majorité des patients, et qu'il convenait donc d'enlever tout objet qui pourrait créer une barrière entre le praticien et le malade, pour ne plus à avoir à lui parler de derrière le bureau (14). Cette notion de barrière gênante dans l'écoute ne ressortait pas de manière franche dans notre étude.

Le bureau : élément de la « juste » distance avec le patient ?

Pour une bonne communication et RMP, le patient devait se sentir à l'aise (21), et la distance devait parfois être adaptée. D'ailleurs il existerait une corrélation très forte entre la relation médecin-patient et la distance physique (12). La proximité du médecin améliorerait la qualité de la relation médecin-patient, que ce soit en contact physique, distance horizontale ou verticale (12). Dans notre étude, tous les patients avaient un avis unanime sur les dimensions du bureau, il ne devait pas être trop profond, car cela éloignait le patient du médecin, qui deviendrait alors inaccessible et peu disponible, augmentant la barrière créée par le bureau, avec une sensation pour le patient, d'être puni. Selon Edward T. Hall, la satisfaction du patient était liée à l'expressivité du médecin (13). Celle-ci était entre autres améliorée avec une distance interpersonnelle plus proche (9). Néanmoins, selon quelques patients le bureau se devait d'avoir une profondeur minimale nécessaire, afin de respecter la distance de parole.

Ces éléments rappellent la notion introduite par l'anthropologue Edward T. Hall en 1963 : la proxémie (13). La proxémie étant l'ensemble des observations et théories que l'Homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique. Il a établi plusieurs distances (ou sphères proxémiques) : une distance intime < 40 cm, une distance personnelle entre 45 et 125 cm, une distance sociale entre 120 et 360 cm, et enfin une distance publique au-delà de 360 cm (13). Ainsi, comme le suggèrent plusieurs patients, le médecin était autorisé de façon tacite à entrer dans la sphère de l'intime du patient au moment de l'examen clinique, car cela était obligatoire, étant donné qu'ils venaient pour être examiné. En revanche, pour beaucoup de patients, une distance était souhaitée pour discuter avec le médecin, correspondant à la distance sociale, une « distance thérapeutique ? » (16). Néanmoins plusieurs études (9, 11 et 12), montraient que le médecin passait tour à tour de la sphère sociale pendant l'accueil, à la sphère personnelle pendant l'entretien autour du bureau, puis enfin à la sphère intime pendant l'examen. La distance thérapeutique adéquate se situerait donc entre la distance personnelle et la distance sociale, hormis pendant l'examen où les 2 protagonistes se situaient à distance intime. Dans les plaintes pour manquement à la bonne distance, le praticien était toujours responsable (27). Certaines situations nécessitant une distance de parole plus proche, un bureau modulable serait intéressant, s'adaptant au besoin du médecin et du patient. Cette idée est retrouvée dans l'ouvrage de Edward T. Hall (13). La distance médecin-patient devait s'adapter au motif de consultation, et ainsi à l'annonce d'une maladie grave, une distance moindre en distance

personnelle semblait plus appropriée. Cette « zone de tampon du corps », si elle varie d'une culture à l'autre, semble se situer de 50 à 90 cm lorsque l'on parle d'un sujet personnel (14). On pourrait donc se demander si cette distance ne dépendrait pas davantage du patient que du médecin.

Une forme en haricot a été évoquée dans notre étude. Elle permettrait au médecin de moduler la distance désirée avec le patient, en fonction du motif de consultation. Idée déjà évoquée dans une thèse (30), afin d'améliorer la communication, sans supprimer le face à face, le médecin pouvait faire varier la distance qui le séparait du patient en adoptant un meuble de bureau en forme de lune par exemple. De plus, modifier la forme du bureau pour améliorer la communication a déjà été évoqué, dans la description d'un cabinet idéal (22) avec la nécessité d'un plan de bureau courbe pour « engager » les entretiens avec les patients. Des bords courbes moins abrupts qu'un bureau rectangulaire inciterait plus les patients à se livrer (22).

L'importance du langage corporel

Les patients ont évoqué l'importance du langage corporel du médecin, avec une préférence envers un buste de médecin bien face au patient, afin de se sentir bien écouté, plutôt que sur le côté. Ceci était retrouvé dans un travail de thèse (16), où la disposition du bureau semblait également peu importer mais où certains points ressortaient, dont la disposition en face à face du médecin et du patient qui permettait le contact visuel, et donnait aussi l'impression d'une meilleure écoute. Le langage corporel est un des 9 éléments de la communication non verbale (8). Cette communication non verbale dont il fallait tenir compte afin de développer la RMP selon N. Junod et J. Sommer (3). La communication non verbale (11) serait essentielle, car à la fois très péjorative si mal utilisée, ou très bénéfique si utilisée de manière appropriée. Cette forme de communication semblerait depuis trop longtemps ignorée (11). Bien au-delà des mots, les attitudes, la disponibilité du soignant et l'intérêt ou l'engagement que le soignant pouvait manifester à l'égard de son patient étaient révélés par cette communication non verbale. D'autant plus que ces différents aspects de communication non verbale pouvaient soit renforcer, soit réguler, soit entrer en contradiction avec la communication verbale. Il était donc important que le soignant en tienne compte et vise une adéquation entre communication verbale et non verbale (3).

Dans notre étude, la communication se semblait pas fortement liée au bureau (même si certaines de ses caractéristiques modifiaient la CMP), mais plutôt aux compétences communicationnelles du médecin et surtout à la RMP antérieure. La CMP pouvait être améliorée, entre autres, avec une personnalisation du bureau par le médecin. D'ailleurs, il ressortait dans l'étude de A. Lavergne Trichard (29), que le bureau médical « appartenait » beaucoup plus au médecin que le reste des locaux. Plusieurs interviewés expliquaient que c'étaient avant tout la fonctionnalité et le confort du médecin qui devaient conditionner l'agencement (29). Ainsi, le bureau de consultation était associé à la personnalité du médecin, et selon J. Cosnier, l'installation du cabinet d'un médecin généraliste par sa disposition et son mobilier était le reflet d'une position idéologique et affective, il correspondait à son « territoire » (18). G. Bloy, elle, citait aussi cette personnalisation du cabinet et sous-entendait que le médecin pouvait, par la disposition de son cabinet influencer sur le style de relation qu'il voulait nouer avec le patient (19). Par ailleurs, C. Iandolo reprenait la nécessité du caractère accueillant et confortable du bureau « afin que les deux interlocuteurs se sentent à l'aise » (20). Dans notre étude, les patients se sentaient effectivement plus à l'aise dans un bureau personnalisé par le médecin. L'agencement de la pièce de consultation reflétait aussi la représentation de son métier par le médecin. La table-bureau était alors la frontière entre les sphères privées et publiques du médecin, par lequel était accueilli le patient (15).

Perspectives

Dans notre étude, il a été évoqué que le bureau, par les évolutions technologiques, perdrait son utilité et disparaîtrait bientôt. L'absence de bureau sera-t-il l'avenir dans le cabinet médical du médecin généraliste ? Aucune donnée de la littérature ne mentionnait cette possibilité. Une étude qualitative pourrait alors être envisagée, afin de recueillir le ressenti des patients et des médecins sur une possible disparition du meuble de bureau dans le cabinet du médecin généraliste ou pour étudier les possibilités techniques d'une consultation sans bureau. Pourquoi ne pas imaginer un bureau modulable ou escamotable, et connecté ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. FEUILLET Anaïs. *Pourquoi les patients changent ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir*, Thèse : médecine : 2013.
2. Dr CARMOI Thierry. *Le médecin idéal : le point de vue des patients*, DIU : pédagogie médicale. Paris VI, université Pierre et Marie Curie : 2010
Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb/memoire/>
3. JUNOD N. et SOMMER J. *Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation*, article de la Revue médicale Suisse : Formation interprofessionnelle : une exigences pour une approche intégrée des soins ? ; 4(172):2030-3 : 2008
Disponible sur : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf
4. BALINT Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*, 419pages :édition Payot : 1996
5. WINCKLER Martin, alias ZAFFRAN Martin. Blog.
Disponible sur : <http://martinwinckler.com/>
6. *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale, les processus de communication*, traduit et adapté en Français, avec la permission des auteurs, par BOURDY C., MILLETTE B., RICHARD C. et LUSSIER M-T. : Montréal : mars 2004.
Disponible sur : <http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
7. COOK Mary Ann et SACHS Greg. *Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions : Development of a tool*, patient education and counseling : 66 ; 223-234 : 2007
Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.proxy.scd.univ-tours.fr/S0738399106004241/1-s2.0-S0738399106004241-main.pdf?_tid=d0742168-3199-11e7-9dc3-00000aab0f27&acdnat=1493992415_322eb5ebdd794381bb7cc3de77bec65e
8. MARCINOWICZ L., KONSTANTYNOWICZ J. et GOLDSLEWSKI C. *Patients' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study*, British Journal of General Practice ; 60 : 83-7 : 2010
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814260/>
9. SCHMID MAST Marianne. *On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction*, patient education and counseling : 67 ; 315-318. article de revue, science direct : 2007
Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.proxy.scd.univ-tours.fr/S0738399107000973/1-s2.0-S0738399107000973-main.pdf?_tid=ccbd4f74-3197-11e7-8432-00000aacb362&acdnat=1493991550_e09baec2b99f75b8e8f127e7d0a5cd34
10. RICHARD C., LUSSIER M-T, GALARNEAU S. et JAMOULLE O. *Compétence en communication professionnelle en santé*, article de la Revue : Pédagogie Médicale ; 11 (4) : 255-272 DOI: 10.1051/pmed/2011009 : 2010
Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2010/05/pmed10006.pdf>
11. MARES P. *La communication non verbale dans la consultation*, CHU Nîmes : 2009.
Disponible sur : http://www.medecinedelapersonne.org/sessions-passees/2009/mares_2009_fr.pdf
12. ARCHAMBAULT Dimitri. *Impact de la distance physique sur la qualité de la relation médecin patient en médecine générale*, Thèse : médecine : 2015
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01239455>
13. T. HALL Edward. *La dimension cachée*, 257 pages : édition Seuil, Points essais : 1978
14. BUCKMAN Robert. *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*, 211 pages : édition Masson : 2001
15. SARRADON-ECK Aline. *Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue* : 2016

Disponible sur : <http://www.cairn.info.proxy.scd.univ-tours.fr/singuliers-generalistes--9782810900213-page-97.htm>

16. MARTIN Alice. *Accueil au cabinet de médecine générale : éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin*, Thèse : médecine : 2016
Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=28629c14-d1b1-4131-bca6-3b35210a23dd>
17. SURMONT Noëlla. *Comment les patients perçoivent la présence de l'ordinateur au sein de la consultation de médecine générale et son influence sur la communication et la relation avec leur médecin ?*, Thèse : médecine : 2016
18. Sous la direction de COSNIER J., GROSJEAN M. et LACOSTE M. *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, 227 pages : Presses Universitaires Lyon, collection Ethologie et Psychologie des communications : 1993
19. BLOY Géraldine. *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien*, Rev Fr Aff Soc.:(1):101-25 : 2005
20. IANDOLO Constantino. *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication*, 192 pages : éditions MMI, coll. Médiestratégies : 2004
21. Code de déontologie, édition avril 2017, conseil de l'ordre des médecins : Article 71 (article R.4127-71 du CSP)
22. FOURNIER Arnaud. *Équipement et ergonomie du cabinet médical*, Thèse : médecine : 2004
Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/145079600>
23. LUGO Ségolène. *Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients*, Thèse : médecine : 2014
Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/183720997>
24. BOSMAN Lisa. *La salle d'attente : lieu de vie culturelle et d'échanges ?*, Thèse : médecine : 2018
25. BUFFARD Lionel. *Comment l'écoute active des patients favorise leur autonomie : étude sur la relation médecin-malade, centrée sur l'écoute active et l'accès au sens de la maladie*, Thèse : médecine : 1992
26. GUILLERMAIN Yves Pascal. *Prescrire dans la parole : écoute analytique et prescription médicamenteuse*, Thèse : psychologie : 2013
27. MATHIEUX Nicolas. *La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées*, Thèse : Médecine : 2004
28. CHAINTRON Lucie. *Influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient, étude qualitative menée en Rhône-Alpes auprès de 14 patients*, Thèse : médecine : 2015
29. LAVERGNE TRICHARD Aurélie. *Agencement du cabinet médical : enquête qualitative réalisée auprès de patients dans 3 cabinets de médecine générale*. Thèse : médecine : 2011
Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/152049932>
30. DEPRESZ Sophie. *Agencement du cabinet médical : à propos d'une étude auprès de médecins généralistes*. Thèse : médecine : 2009
Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/132637146>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire d'échantillonnage

1. Quel est votre âge ? : _____ ans
2. Quel est votre sexe ? : féminin masculin
3. Votre médecin généraliste est-il : une femme un homme
Dans quelle ville l'avez-vous consulté ? : _____
4. Quelle est votre profession ? :
 - artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - cadre, profession intellectuelle supérieure
 - profession intermédiaire
 - employé(e)
 - ouvrier(ère)
 - retraité(e)
 - sans activité professionnelle
5. Etes-vous ? :
 - marié(e), pacsé(e)
 - séparé(e)/divorcé(e)
 - concubinage
 - veuf(ve)
 - célibataire
6. Ancienneté du suivi avec votre médecin généraliste :
 - Plus de 5 ans
 - de 1 à 5 ans
 - moins d'un an
 - 1ère fois
7. Fréquence des consultations :
 - annuelle ou moins fréquent
 - tous les 6 mois
 - tous les 2 - 3 mois
 - mensuelle ou plus fréquent
8. Voyez-vous votre médecin généraliste le plus souvent pour :
 - suivi d'une (des) maladie(s) / renouvellement d'ordonnance
 - problème(s) ponctuel(s)

ANNEXE 2 : Lettre de recrutement adressée aux médecins généralistes

(mes coordonnées)

(coordonnées du médecin)

Cher Confrère, chère Consœur,

Je souhaite vous solliciter pour mon projet de thèse.

Le sujet est : selon les patients, quelle est l'influence de la présence ou non du meuble bureau et de son type, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste ?

Je réalise ce travail de thèse sous la direction du Dr RENOUX Cécile.

Je ne souhaite en aucun cas juger votre pratique, je m'interroge seulement sur la façon d'améliorer de façon générale la relation et la communication que nous pouvons avoir avec nos patients, et je me suis intéressée, au mobilier du cabinet, et plus particulièrement au bureau.

A savoir : explorer les représentations des patients sur l'influence de la présence ou non, des dimensions, de la disposition du bureau, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste.

Je souhaiterais pouvoir demander dans votre salle d'attente à quelques patients, s'ils pourraient m'accorder un entretien de maximum 1 heure, soit dans un local que vous auriez de libre dans votre cabinet, soit chez eux, afin de recueillir leur ressenti.

Je ne souhaite pas perturber vos consultations, c'est pourquoi je souhaite leur proposer un rendez-vous ultérieur au vôtre avec eux.

Si vous acceptez de participer à mon projet, merci de me le notifier par courriel ou par téléphone, à votre convenance.

Et si vous le souhaitez je pourrai vous communiquer les résultats de mon travail à l'issue de celui-ci.

(formules de politesse et signature)

ANNEXE 3 : Trame d'entretien

1. **Racontez-moi** votre **dernière consultation** avec votre médecin généraliste.
(le plus précis possible, de la salle d'attente, jusque la séparation)
 - accompagné ?

2. **Décrivez-moi, son bureau/cabinet ?**
 - **Dîtes m'en plus** sur les **caractéristiques** de ce meuble bureau : taille, couleur, matière, forme, largeur...
 - **Dessinez moi** le bureau, sa place dans la pièce, la disposition des chaises, tabourets, autres meubles dans la pièce, votre place et celle de votre médecin.
 - **Que pensez-vous** de ce **meuble** bureau ?

3. **Ce bureau, quelle influence** a-t-il sur votre **relation** avec votre médecin généraliste ?
 - et sur la **communication** ?

4. Et **si le bureau était différent ?** *(plus grand, plus petit, forme différente...)*
5. **Qu'est-ce que vous changeriez** pour **l'améliorer** ?
6. **Quand votre médecin vous examine** (à la table d'examen / sans bureau),
Qu'est-ce que ça change (relation/communication) ?

7. **Imaginons** maintenant, que vous revenez et **il n'y a plus de bureau, qu'est-ce que ça change** (relation, communication) ?
 - **Avez-vous déjà vécu** une consultation sans bureau ? **C'était comment** ?
 - **Si demain, votre médecin n'a plus de bureau, ça change quoi** ?

8. **D'après vous, que pense votre médecin** de ce bureau ?

9. **D'après vous, quel est le bureau idéal** ?

10. **Avez-vous autre chose à ajouter** ?

ANNEXE 4 : Formulaire de consentement éclairé écrit, pour les patients

1. Titre exact du projet

Selon les patients, quelle est l'influence de la présence ou non du meuble bureau et de son type, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste ?

2. Présentation du chercheur et du contexte

Je me présente, Rachel NAU, je suis en fin de mes études médicales, je remplace déjà des confrères, mais afin de m'installer, je dois élaborer un travail de fin d'étude : la thèse de docteur en médecine, sous la direction du Dr Cécile RENOUX, rattachée au Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de médecine de TOURS.

3. Introduction

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages et inconvénients. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

4. Nature et objectifs du projet de recherche

Par ce projet, je cherche à améliorer la relation et la communication entre le médecin généraliste et le patient. Je me suis concentrée sur le mobilier du cabinet des médecins généralistes.

5. Déroulement de la participation

Je souhaite vous interroger pendant 30 minutes à 1 heure. Si vous le permettez je vais enregistrer l'entretien avec ce dictaphone, afin de pouvoir l'analyser plus tard.

6. Avantages et inconvénients

Grâce à votre participation, je pourrais présenter mon travail, et les résultats pourront aider mes Confrères et Consœur à (je l'espère) améliorer la communication avec les patients.

L'inconvénient pour vous, est le temps que vous m'accordez ici pour cet entretien.

7. Droit de retrait

Vous avez le droit de refuser de participer à la recherche ou de mettre fin en tout temps à sa participation sans préjudice. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions sans conséquence négative pour vous et sans avoir à vous justifier.

8. Confidentialité et gestion des données

Sachez que je me porte garant de votre anonymat dans cette recherche, que l'enregistrement ne sera en aucun cas publié, et que je serais la seule à y avoir accès. Cet enregistrement ne me servira que pour ce projet de recherche et sera détruit à la fin de mon travail. Les résultats seront anonymes. Pour ce faire, je vais associer la retranscription écrite de cet entretien, à un code à chiffres.

9. Remerciements

Sachez que votre collaboration est précieuse pour la réalisation de ma recherche. J'apprécie le temps et l'attention que vous m'avez consacrée, et que je vous en remercie.

10. Attestation du consentement

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « selon les patients, quelle est l'influence de la présence ou non du meuble bureau et de son type, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste ? ». J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date : _____ Signature du participant, de la participante _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Date : _____ Signature du chercheur

ANNEXE 5 : Avis du Comité d'Éthique



**GRUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Rachel NAU

Titre du projet de recherche : Selon les patients, quelle est l'influence de la présence ou non du meuble bureau et de son type, sur la relation et la communication avec leur médecin généraliste ?

N° du projet : 2018 063

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 063

A Tours, le 13 juillet 2018

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le